

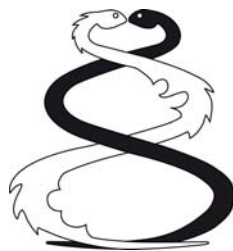
2.

Studien zur Anwendung der Psychoanalyse auf die Psychiatrie

Die folgenden Studien zeigen die „Anwendung“ der Psychoanalyse auf die Psychiatrie. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie aus einer Pionierphase stammen, da ich als Psychoanalytiker eingeladen war, in einem weithin traditionell sich verstehenden psychiatrischen System Psychoanalytisches Arbeiten zu implantieren

2.1

Als Psychoanalytiker in der Psychiatrie – oder Erfahrungen mit dem Legieren von Gold und Kupfer



Paß P.F., in: Innsbrucker Arbeitskreis für Tiefenpsychologie: Texte zur Theorie und Praxis der Psychoanalyse, Innsbruck 1986

Die vorliegende Arbeit gibt eine Erfahrungsbilanz. Sie reflektiert eine psychotherapeutische Praxis von 5 Jahren Arbeit in der Psychiatrie. Diese Erfahrung ist besonders gekennzeichnet, da es um eine Pioniertätigkeit geht, wo Psychotherapie in einem psychiatrischen System implantiert wird. Psychoanalyse/ Psychotherapie und psychiatrisches System erscheinen als zwei verschiedene Paradigmen. Die Bilanz zeigt die durchgehende Polarität beider „Systeme“, die von Konfrontation und Kooperation geprägt sind. Konzepte wie das des „therapeutischen Raumes“ lassen den Versuch sinnvoll erscheinen mit dem Ergebnis, dass Psychotherapie im psychiatrischen System den Klienten helfen kann, das Krankenhaus als eine „fördernde Umwelt“ im Sinn D.W. Winnicotts zu erleben. Der Psychotherapie/die Psychotherapeutin kann für die Psychotherapie umgekehrt Ressourcen im stationären Setting erleben, die im Fall von schweren Störungen (Suizidalität u.a.) sonst für eine Psychotherapie nicht zugänglich wären. So ergibt diese Studie, dass die Psychoanalyse / Psychotherapie über das klassische Setting hinaus eine sinnvolle Anwendung im größeren Zusammenhang ergeben kann.

ÜBERSICHT:

In einer subjektiven Hermeneutik geht es um die Beziehungssituation von Psychoanalyse und psychiatrischem System - in Konfrontation mit der Freud-Metapher vom reinen Gold der Analyse und dem Legieren dieses Goldes. Die eigene Erfahrungsbilanz - von 5 Jahren Tätigkeit als Psychoanalytiker in einer österreichischen Psychiatrie - erlaubt die Einbeziehung aktueller Fragestellungen, etwa zur Psychiatriereform, zum Psychotherapiegesetz und zur Stellung des nichtmedizinischen Psychotherapeuten in Österreich.

1. DAS "OVERPLAY" DER PSYCHOANALYTIKER

Um die Psychiatrie und ihre Reform ist es still geworden; das "öffentliche Hoffnungspotential" (J. Habermas) scheint unter dem Zwang ökonomischer Verhältnisse zu versiegen, (vgl. Oehlar 1985; Dörner 1984)

Auch unter den Psychoanalytikern kommt die Psychiatrie kaum mehr ins Gespräch, wie die spärlichen Beiträge der "Psyche" wie auch der "texte" zu diesem Thema zeigen. Die Diskussion, die das Pakesch-Gedächtnissymposion (Graz 1980) über "Psychoanalyse und psychosoziale Versorgung" zum Bereich Psychiatrie fokussierte (vgl. Paß/Zeillinger 1981; Danzinger/Lyon/Pieringer 1982), wurde kaum weiter aufgenommen. Schon damals wirkte ja der Vortrag über das Schicksal der Binswanger-Klinik wie ein Schwanengesang enttäuschter, psychoanalytischer Hoffnung. Vor einigen Jahren fragte ich den Nachfolger von Michael Balint und Leiter der Maudsly-Klinik, Schulz, wie er sich erkläre, warum man von englischen Psychoanalytikern zur Zeit so wenig höre, wo doch von ihnen so wichtige Anstöße zur psychiatrischen Reform ausgegangen seien. Er antwortete angelsächsisch präzise: "they did overplay"; overplay - übertreiben, zu weit gehen, sich übernehmen: das ist offenbar die Geschichte enttäuschter, psychoanalytischer Allmachtsphantasien in Bezug auf die psychiatrische Klientel und das psychiatrische System; es sind Erfahrungen mit der Freud-Metapher, bei der "Anwendung" der Psychoanalyse "das reine Gold der Analyse (...) zu legieren" (Freud GW XII, S. 193).

In dieser Geschichte stelle ich meine Erfahrungsbilanz und leiste damit ein Stück individueller wie kollektiver Trauerarbeit; zugleich widerstehe ich dem Zug zur Spaltung und Entwertung meiner Erfahrungen.

Ich möchte Ihnen meine Erfahrungen anbieten, die ich 5 Jahre (1979 - 1984) als Psychoanalytiker in und mit der Psychiatrie machte; ich werde dabei pendeln zwischen der objektiven Realität des psychiatrischen Systems und der subjektiven meiner Empfindungen und Reflexion. Ich folge Anregungen der Ethno-Psychoanalyse in der Feldforschung und versuche, Übertragung und Gegenübertragung zu beachten, um Informationen zu bekommen über die Beziehungssituation von Psychoanalytiker und psychiatrischem System.

Main Diskurs versteht sich als eine Art Essay; ich wähle bevorzugt den Modus des Erzählens konkreter Erfahrung und weniger den von Grundsatz-Aussagen. Ort, Zeit und Menschen existieren konkret und erscheinen mir zugleich typisch für die derzeitige Beziehungssituation von Psychoanalyse und Psychiatrie; deshalb vermeide ich es auch, Namen zu nennen.

2. Das Arbeitsfeld

Ich stelle zunächst mein Arbeitsfeld vor: ein Landes-Nervenkrankenhaus in einem österreichischen Bundesland. Auf dem Boden eines alten Klarissenklosters war es 1858 als "Pflege-, Besserungs- und Versorgungsstätte" eingerichtet worden, um das menschliche Elend im Land zu versorgen" (so der Stiftungsbrief); seit 1951 hieß es "Landesirrenanstalt" und nach dem 2. Weltkrieg "Landes-Nervenkrankenhaus". Die Psychiatrie umfasste 1979 eine Akut- und eine chronische Abteilung für ca. 470 Patienten; ungefähr gleich groß war die Zahl der dort tätiger: Angestellten. Mein Arbeitsfeld war das Primariat I für akut Kranke (durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 5 Wochen), mit 8 Stationen und einer Tag-Nacht-Klinik. Das Mitarbeiterteam bestand aus dem Leiter der Abteilung, 12 Oberärzten, 68 Ausbildungs- bzw. Turnusärzten, 12 Sozialarbeitern, 1 Psychologen und mir; psychotherapeutisch tätig waren bis zu 4 Kolleginnen bzw. Kollegen. Zu Beginn meiner Tätigkeit traf ich hier auf eine Aufbruchstimmung zur äußeren und inneren Veränderung.

Nach dem kritischen Bericht eines Psychologen, der in teilnehmender Beobachtung eine Zeit lang im psychiatrischen Pflegebereich gearbeitet hatte, bemühten sich die Landespolitiker offenbar um ein neues Image: Ein neuer Primarius war zwei Jahre zuvor aus Wien geholt worden; eine Umfrage zur Situation des Pflegepersonals wurde *in* Auftrag gegeben; der Bereich Fortbildung wurde stark gefördert; eine Krankenpflegeschule für psychiatrisches Pflegepersonal wurde eingerichtet - und ich wurde als Psychotherapeut angeworben; obzwar Nicht-Mediziner, erhielt ich eine damals unbesetzte - Arztstelle und ein Oberarzt-Gehalt angeboten. Erwartungen von Neubeginn und Idealisierung empfangen mich - verstärkt noch durch eine "pairing"-Situation, da ich nicht allein kam, sondern auch meine Frau, die zunächst noch ihre fachärztliche Ausbildung im gleichen Krankenhaus fortsetzte. Zugleich -- und gegenläufig zu diesen Erwartungen und Aufwendungen wurde eine Krankenhaus-Betriebsgesellschaft eingerichtet mit der Funktion, die Expansion der Krankenhaus-Kosten im Land einzugrenzen; diese Hinrichtung weckte z.T. Beunruhigung und Ängste, besonders beim Pflegepersonal, dass u.a. Arbeitsplätze wegrationalisiert würden; es erfolgten Zeitmessungen für einzelne Dienstleistungen im Pflegebereich.

3. *Wie ein Ethnologe in einer fremden Ethnie*

Als Psychoanalytiker, Gruppentrainer und Kindertherapeut bislang ambulant tätig, war mein erster Eindruck: In die Psychiatrie eingetreten, bin ich in ein fremdes Gebiet eingedrungen. Wie ein Ethnologe sehe ich mich im Arbeitsteam von psychiatrischen Fachkollegen - in einem fremden, geschlossenen Sprachfeld, in einer mir z.T. exotisch vorkommenden Ethnie. Welche Rolle gibt es für mich in diesem Feld: Meine Kolleginnen und Kollegen stellen mir in der Anfangszeit häufig Patienten zur Psychotherapie vor, die sie selbst für "aussichtslose Fälle" halten; offenbar gelte ich als eine Art

Schamane mit geheimen Zaubermitteln. Im Arbeitsteam bin ich längere Zeit ein Schweigender und forsche, wo unter den psychiatrischen Etiketten finde ich überhaupt einen psychotherapeutischen Ansatz - und wie vermag ich dies meinen Mitarbeitern zu dolmetschen? Außerdem erfahre ich in dem Tätigkeitsfeld mit Borderline-Störungen, Psychosen und Sucht die Begrenztheit des erlernten, klassischen psychoanalytischen Modells und muss mich fragen: Wieweit kann ich mich methodisch anpassen - wo habe ich mich abzugrenzen (vgl. Thomä 1977, S. 2 f). Aus den Vorstellungsgesprächen habe ich noch einen Satz meines Chefs im Ohr, den ich damals merkwürdig ambivalent aufnahm: "Sie werden mit der Zeit in die Psychiatrie eingehen, wie das Schmalz ins Schmalzbrot." - Die Frage rückte mir auf den Leib: Wieweit kann und will ich mich anpassen - wo grenze ich mich ab? Andererseits, will ich nicht - wie Jan Foudraine die Erfahrung machen, isoliert und - ohne sozialen Kontext - wirkungslos zu bleiben in einer Art psychoanalytischen Nische, dann stellt sich eine weitere Frage: Wie gewinne ich Einfluss auf die Institution, wie kann ich eine therapeutische Kultur fördern? Damit gerate ich als Psychoanalytiker in die Aufgabenstellung von Mitarbeiterfortbildung, Supervision, Organisationsentwicklung und damit verliere ich meine freischwebende psychoanalytische Abstinenz, um nicht zu sagen Unschuld.

Die Erwartungen von Idealisierung und "Eingehen" ins System stellen mich vor die Frage, wie ich selbst meinen Standort und meine Rolle im psychiatrischen System bestimme.

4. Das Konzept: Der therapeutischen Raum

Als Psychoanalytiker in der Psychiatrie: Welche Landkarte kann in diesem mir fremden Gebiet Orientierung geben? Welches Konzept ist geeignet, die eigene Position zu überprüfen? Bei dieser Frage verblüffte es mich, dass diese Fragestellung damals zumindest auf dem österreichischen "Psycho-Markt" - nahezu völlig übergangen schien. Der Begriff "therapeutische Gemeinschaft" (1946 erstmalig bei Tom Main, später besonders verbreitet durch Maxwell Jones, vgl. Hilpert/Schwarz/Beese 1981) war damals unter den Kolleginnen und Kollegen in der Psychiatrie in Gebrauch und erschien mir dort wie eine Art Zauberwort, worin eine Welt von Idealen im Gegensatz zur traditionellen Psychiatrie aufgebaut wurde. Ein weniger mit Idealen belastetes Konzept lernte ich kennen in der psychosomatischen Univ.-Klinik Heidelberg von A. Mitscherlich und W. Bräutigam: das Konzept des therapeutischen Raumes, erstmals bei M. Fohlen (1972); wie der psychiatrische Weltkongress 1983 in Wien zeigte, hat dieses Konzept in der BRD stärkere Verbreitung gefunden (ref. durch M. Ermann, Mannheim, und F. Heigl, Göttingen); allerdings zeigte sich dabei auch: Jede Konzeptbildung ist nach Art der psychiatrischen Klinik zu modifizieren.

Entscheidend ist folgender Grundgedanke: Im vielfachen Beziehungsgefüge einer Klinik auf der Station, in der Arbeits- und Beschäftigungstherapie, in den Gruppen - wieder holt der Patient seine Familiensituation, inszeniert unbewusst seine Herkunftsfamilie in der Interaktion mit seinen Mit-Patienten, Ärzten, dem Pflegepersonal, den -Psychotherapeuten; er der Patient verwickelt seine Bezugspersonen in vielfache Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehungen. Ähnlich wie im klassischen psychoanalytischen Setting dienen diese Vorgänge der Diagnostik wie der therapeutischen Entwicklung. Entscheidend wichtig ist es dabei, sich im Behandlungsteam zu koordinieren, sich auszutauschen, in der Rollen- Zuschreibung auch zu entlasten; so gab es bei uns regelmäßige Teamsitzungen 14-tägig - auf der Station wie im Ärzte-Team.

Zur Veranschaulichung bringe ich eine kasuistische Skizze:

Sabine (18 Jahre) landete nach mehreren Ausreißversuchen von daheim und drei früheren Psychiatrie-Aufenthalten innerhalb von zwei

Jahren - bei uns in der Psychiatrie und bei mir in der Psychotherapie. Sie war ,von der Gendarmerie aufgegriffen worden, da sie mitten auf der Autobahn spazierte - mit dem Kommentar, sie behindere den Verkehr. In den ersten Monaten hielt Sabine die Station, es war dies zunächst die geschlossene, ständig in Sorge mit Suizid- und Weglaufversuchen; diese Phasen der Sorge um Sabine wechselten mit Zeiten, wo sie überlegt und euphorisch wirkte und sich im Stationsleben integrierte.

Im Stationsteam ergab sich die Rollenzuschreibung und Inszenierung einer Wunsch-Familie von Sabine:

die ständig sorgende Mutter, der immer verstehende Vater, die vertrauliche Tante bzw. Freundin; der jugendlich wirkende Stationsarzt wurde als Randfigur behandelt, z.T. gemieden, so wie Sabine starke Hemmungen gegenüber jungen Männern nach einem schweren Enttäuschungserlebnis entwickelte. Mich als Therapeuten verwickelte Sabine in ein starkes Interesse für ihre Bil und damit für sich. Zunächst war meine Arbeit mit Sabine nur als eine "Übergangshilfe" geplant, um sie dann zur Familientherapie in eine Klinik näher beim Wohnort ihrer Eltern zu vermitteln, sobald dort ein Therapieplatz frei wurde. Aus meiner Absicht, Sabine "wegzuschicken", war bei mir das Gefühl geworden, sie wie ein sehr schwieriges Kind adoptieren zu müssen; auf einer weniger .regressiven Ebene erhielt ich eine Hilfs-Ich-Funktion, analog zu ihrem Zeichenlehrer ihre künstlerischen Ambitionen zu fördern. Nach mehreren Familiengesprächen konnten die Eltern ihre ihnen entlaufene Tochter wieder akzeptieren und ihr zusagen, dass sie weiters bei ihnen ihr Zu-Hause habe; dies brachte in den weiteren, therapeutischen Prozess eine starke, positive Wende.

Der uns im Team zunächst überraschende Wechsel zwischen Sabines Weglauf- bzw. Suizidversuchen einerseits und den Integrationsphasen andererseits erwies sich als Reinszenierung der Mahlerschen Phasen von Separation und Wieder-Annäherung (vgl. Bürgin 1980, Paß 1983). Die äußere Sicherheit, ein Zu-Hause-Haben, zunächst im Krankenhaus bzw. der Station, dann wieder in der eigenen Familie, ermöglichte eine wachsende Autonomie. Diese Dynamik hin zur Autonomie spiegelte sich im Team: Eine Zeit lang herrschte die Enttäuschung, vom Psychotherapeuten nicht genug Sicherheit und Durchblick zu erhalten; erst später konnte das Team zur eigenen Überraschung seine eigene Kompetenz entdecken und akzeptieren und auf die Idealisierung des Psychotherapeuten verzichten.

5. SPANNUNGSFELDER UND ZUSAMMENARBEIT

Im "therapeutischen Raum" angelangt, halte ich Sie fest auf der Schwelle zwischen Psychiatrie und Psychotherapie.

Es erscheint mir wichtig, dem öffentlichen und systemimmanenten Zug zu widerstehen, Konflikte mit Harmonisierung abzuwehren. Wo traditionelle Psychiatrie und Psychotherapie zusammentreffen, zeigen sie sich als zwei verschiedene Systeme, gibt es Reibungsflächen und Spannungsfelder. Wie habe ich nun als Psychoanalytiker und nicht-ärztlicher Psychotherapeut den Konflikt der Systeme Psychiatrie und Psychotherapie erlebt - wo haben wir Möglichkeiten zum Ausgleich und zur Zusammenarbeit gefunden?

Im folgenden greife ich 4 solcher Spannungsfelder heraus, wie ich sie konkret erlebt habe.

5.1 Autonomie versus Hierarchie

Nach der gesetzlichen Situation ist das therapeutische Handeln zentriert auf den Arzt; in einem Ausbildungssystem auf den Ausbildungsleiter: den Chefarzt. Diese hierarchische Informations- und Kompetenzstruktur bewährt sich in Krisensituationen, sie ermöglicht rasche Interventionen. Wie aber kann dabei der Psychotherapeut leben und arbeiten? Er braucht ja doch genug eigene Autonomie,

um mit seinen Patienten Verantwortung und Selbstkontrolle aufzubauen; er braucht den Freiraum, um die Fähigkeit zu eigenen Entscheidungen mit seinen Patienten wieder zu entwickeln. Und diese Entscheidungen müssen Realitätscharakter haben und können nicht nur auf einer Art therapeutischer Spielweise im psychischen "Binnenraum" stattfinden: etwa die Frage des stationären Aufenthaltes, der Stationsverlegung, von Beurlaubungen, die Beendigung der stationären Therapie; diese Fragen sind in therapeutischer Sicht -nicht mehr "nur administrativ", sondern werden zum wichtigen Übungsfeld für Realitätskontrolle und für soziale Integration: Übungsfeld und Freiraum im therapeutischen Prozess. So war es für die Struktur der Psychotherapie in unserer Abteilung ein wichtiger Schritt, festzulegen, dass die Therapieplanung vom Psychotherapeuten koordiniert wird und ab dem Erstinterview in seiner Hand liegt. Diese Kompetenz kann dann an den Patienten weitergehen. Mit Überraschung registrierten Patienten, wenn sie auf ihre Frage nach der Entlassung vom Therapeuten hören: "Dies planen Sie und ich miteinander - und geben es dann an die Station und den Stationsarzt weiter." Mir scheint, dass an solchen Punkten der Therapie ein starker Impuls zur eigenen Verantwortung und Autonomie entsteht. Die Autonomie des Therapeuten ermöglicht flexible Interventionen, besonders etwa bei Trennungsängsten und regressiven Schwankungen am Ende eines stationären Aufenthaltes (vgl. die schon erwähnten Entwicklungsphasen von Separation und Wieder-Annäherung nach M. Mahler).

Nun muss allerdings die Autonomie der Psychotherapie wieder rückgebunden werden an das psychiatrische System. Hier ist meine Erfahrung, dass Information und Feedback von entscheidender Wichtigkeit sind - und zwar in schriftlicher Form. Deshalb wurden bei uns die am therapeutischen Prozess beteiligten Personen (Chefarzt, Stationsteam, Oberarzt) regelmäßig in schriftlicher Form informiert: über die Schritte der Therapieplanung. Diese beiden Punkte, Koordination in der Hand des Psychotherapeuten und schriftliche Rückmeldung, stellen nach meiner Erfahrung eine Regelung dar, um die Konflikte zwischen Hierarchie und Autonomie zu reduzieren. Der Arzt behält seine Kompetenz, ist für organisatorische Fragen informiert; der Psychotherapeut behält seine relative Autonomie: Freiraum und Übungsfeld im therapeutischen Prozess. Anstelle der Hierarchie "der Arzt und sein Hilfspersonal" (den Therapeuten eingeschlossen) kann sich auf einer mittleren Ebene eine Kooperation entwickeln: mit wechselseitigen Rückmeldungen, in einer Art wechselseitiger Kontrolle und im Lernen durch Feedback. Unsere Erfahrung spricht dafür, dass das in Frage stehende Psychotherapiegesetz die Beziehung von Arzt und Psychotherapeut in Richtung solcher Kooperation regelt.

. 5.2 Freie Wahl versus Zwang

In der Psychiatrie gibt es eine Reihe Momente, die etwas von Zwang und Kontrolle an sich tragen: Zwangseinweisung, vorgeschriebene Untersuchungen, Medikation u. dgl. In der Psychotherapie gelten Einsicht und Motivation zur freiwilligen Mitarbeit als entscheidende Voraussetzung bzw. therapeutische Faktoren. Nun aber kommen die Patienten zur stationären Psychotherapie eher selten, weil sie sich vorher dazu freiwillig entschieden haben. Viele erfuhren in unserem Bereich zum ersten Mal im Krankenhaus, dass so etwas wie Psychotherapie überhaupt existiert. Wie kommt es dabei zur freien Wahl und Psychotherapie-Motivation? Patienten, die für eine Psychotherapie in Frage kommen oder dies wünschen, werden dem Psychotherapeuten vorgestellt. Ihnen wird - in der Regel vom Arzt - ein Gespräch mit dem

Psychotherapeuten vorgeschlagen t vielleicht registriert der Patient am Anfang noch nicht die veränderte Semantik: "Vorschlag", "Einladung" - und nicht "Anordnung"; vielleicht kommt er einfach, um solch ein Gespräch abzuhaken, wie eben auch andere Anordnungen und Untersuchungen. Der psychotherapeutische Erstkontakt aber endet in jedem Fall mit der Frage nach der freien Entscheidung: "Wie ist es Ihnen bei diesem Gespräch gegangen, wünschen Sie ein weiteres/weitere Gespräche?"

Eine Mischung von Anordnung und freier Entscheidung besteht in der Initialphase der stationären Therapie; besonders bei suizidalen Patienten, die zunächst auf der geschlossenen Station sind, von dort zur Psychotherapie gebracht werden.

Bis zum Ende des stationären Aufenthaltes aber müssen die Parameter (Zwangseinweisung, geschlossene Station) in der Psychotherapie aufgearbeitet werden und in Freiwilligkeit übergehen (vgl. zur Frage der Parameter in der psychoanalytischen Therapie Paß 1983a). Nur dann hat eine stationär begonnene Psychotherapie die Chance, ambulant vom Patienten fortgesetzt zu werden. Vorgabe, Strukturierung einerseits und Momente von freiwilliger Mitarbeit andererseits stellen nach meiner Erfahrung für die stationäre Psychotherapie eine typische und zugleich wichtige Mischung dar, die vielleicht den ambulant arbeitenden Psychotherapeuten überrascht oder gar befremdet. So scheute ich mich nicht, den Patienten "nachzugehen", sie bei einem versäumten Therapietermin von mir aus anzusprechen bzw. anzuschreiben oder ihnen auch bei Vermittlungen zu einem Therapeuten außerhalb - einen festen Termin bereits anzugeben (vgl. die Erfahrungen an der Sonnenbergklinik Stuttgart, Beese 1978). Solches Strukturieren, aktives Nachgehen und Begleiten seitens des Psychotherapeuten entspricht dem in seiner Beziehungsfähigkeit durchwegs schwerer gestörten psychiatrischen Patienten im Vergleich zur ambulanten Therapie oder Beratung. Das eindeutige Ziel bleibt, wie in der ambulanten Psychotherapie, dass solche "Stützen" - Parameter - überflüssig werden im Zug der wachsenden Ich-Autonomie und sozialen Reintegration.

Der Faktor "freie Wahl" gilt auch für den Psychotherapeuten: Patienten werden ihm *vorgestellt*, nicht *zugewiesen*. Der Psychotherapeut bleibt frei, auch seinerseits nach der ersten Phase, der psychotherapeutischen Abklärung bzw. Probetherapie, von der Therapie zurückzutreten, und dies wird dem Patienten auch so im Erstgespräch mitgeteilt. Nach meiner Erfahrung bedeutet dieses inmitten des sozialen Systems von Versorgungsansprüchen eine starke Abweichung, eine Eingrenzung von Regressionsbedürfnissen - und eine Rückgabe von Verantwortung an den Patienten. In diesem Punkt konnten Patienten bzw. ihre Familie mit dem Therapeuten einen richtigen Kampf aufnehmen und alles tun, um die Verantwortung beim Therapeuten festzumachen, sich selbst als schwach und krank zu deklarieren.

Bis zum Ende meiner Tätigkeit blieb die Autonomie des Psychotherapeuten auch im Ärzteteam nicht unbestritten. Wurden zur Psychotherapie vorgestellte Patienten nicht vom Psychotherapeuten übernommen, so führte dies beim Kollegen zur Enttäuschung und Kränkung, z.T. zum offenen Konflikt. Die freie Wahl und Übernahme von Patienten erscheint mir als eine Grundlage der psychotherapeutischen Arbeit im psychiatrischen System. Ich hatte sie - Gott dank - in meinem Anstellungsvertrag für mich so ausbedungen; hier erlebte ich stark meine Abgrenzung als Psychoanalytiker vom psychiatrischen System. Die Koalition von Versorgungsansprüchen beim Patienten und Versorgungsauftrag beim Arzt bedroht im psychiatrischen System den Freiheitsraum der Psychotherapie.

5.3 Versorgung versus Interaktion

Psychoanalyse/Psychotherapie in der Psychiatrie wird in der Vorstellung meistens verbunden mit psychosomatischen Kliniken, Universitätskliniken, wo bereits verschiedene Selektionsprozesse stattgefunden haben, um zu motivierten Patienten zu kommen. Längere stationäre Aufenthalte scheinen kein Problem zu sein. Umgekehrt scheint eine Einrichtung wie ein Landes-Nervenkrankenhaus sich einen solchen "Luxus" kaum leisten zu können; täglich ist die Frage nach "freien Betten" akut; das derzeitige System scheint eine ständige Alarmsituation zu reproduzieren: Welche Patienten können entlassen werden? Wo brennt es am meisten?

In den vergangenen Jahren konnte ich eine eindrucksvolle Entwicklung beobachten: Neben der "Akut"-Versorgung wurde der Faktor Beziehung in diesem Krankenhaus wichtig. Patienten werden nicht - nach dem Modell Fließband - von der Wachstation auf die geschlossene, dann die offene Station verlegt und dann entlassen: Alternativ zur "Drehtür-Psychiatrie" wurde der Gedanke der Beziehungskonstanz wichtig und das Bemühen, für Patienten eine zuverlässige Beziehungssituation zu schaffen und sie Beziehungskonstanz erleben zu lassen, d.h. Stationswechsel weitgehend zu meiden.

Die Psychoanalyse/Psychotherapie in der Psychiatrie konfrontiert und bietet zum System Versorgung ein Alternativ-Modell: Mitglieder des Stations-Teams, Ärzte wie auch Schwestern und Pfleger, erfahren, dass ihre Beziehung zum Patienten für den Verlauf der Therapie von entscheidender Bedeutung ist; regelmäßig verbunden ist mit dieser Erfahrung eine Überraschung und Aufwertung aus der Rolle des "Hilfspersonals" zur Rolle des Co-Therapeuten. Im Kontrast dazu steht die Bedeutung von Schwestern und Pflegern in der medikamentösen Behandlung, wo der Arzt die entscheidende Rolle spielt. Das zeitweilige Nebeneinander von Psychotherapie und Psychopharmaka lässt nach meiner Erfahrung eine Koordination und Bearbeitung zu nach dem Modell der Freudschen "Ergänzungsreihe" (vgl. Danckwardt 1978; 1979).

Die Aufwertung der Interaktion aber stellt die traditionelle Rollenzuteilung im psychiatrischen System in Frage, relativiert die Arzt-Monopolstellung, fragt nach der therapeutischen Kompetenz. Hier erlebte ich im traditionellen, psychiatrischen System *meine* Grenze. Dass dies keine absolute Grenze sein muss, zeigt mir die Arbeit eines Freundes, der als Klinikchef und Psychoanalytiker den Primat der Beziehungsgespräche - als "Mittel der Behandlung von Erkrankungen" in der Psychiatrie hervorhebt und die klinische Arbeit entsprechend organisiert. (Geigenmüller 1984; vgl. auch Kernberg 1981)

5.4 Ideologien, die uns beherrschen

Dieses Spannungs- und Begegnungsfeld von Psychoanalyse/Psychotherapie und Psychiatrie kann ich nur streifen, obwohl es vielleicht für Konflikte und Reibungen die größte Rolle spielt und sich der bewussten Aufarbeitung in der Kommunikation entzieht. Ich streife: In der psychiatrischen Diagnostik herrscht eine Ideologie der Objektivität, obwohl wir, Ärzte wie Psychotherapeuten, erleben, wie schwierig oft phänomenologische Zuordnungen sind, um ein Krankheitsbild zu klassifizieren. Auf der Gegenseite zu diesem psychiatrischen Ich-Ideal, "objektiv" sein zu können und müssen, steht beim Psychoanalytiker der "subjektive Faktor" - bis zum Widerstand, sich um seine Arbeit zu dokumentieren. Psychotherapeuten sonnen sich im Mythos des Heilers und überlassen die "Unheilbaren" - oder sog. "unergiebigem" Patienten der Psychiatrie, d.h. auch dem therapeutischen Nihilismus bzw. der Enttäuschung des Arztes, gerade bei schwierigen Patienten vom Psychotherapeuten keine Unterstützung zu erfahren. Hilfreich finde ich hier Dörners Vorschlag, statt

von "Heilung" als Therapieziel von "Begleitung" zu sprechen (vgl. Dörner 1984). Im Gegenzug zur Propagierung einer "Heiler"-Ideologie und zur bereits genannten Idealisierungstendenz meiner Kolleginnen und Kollegen versuchte ich zunehmend, die Grenzen und Bedingungen der Psychoanalyse/ Psychotherapie deutlich anzugeben.

Ich habe einige Spannungsfelder zwischen Psychoanalyse/Psychotherapie und Psychiatrie herausgegriffen: Konflikte und Widersprüche, die ich wie auch andere erlebt, z. T. erlitten haben. Meine subjektiven Erfahrungen - im Beziehungsgeflecht von Übertragung und Gegenübertragung - können etwas aussagen über die Verschiedenheit der Systeme Psychiatrie und Psychoanalyse/Psychotherapie. In einigen Bereichen konnten wir unsere Konflikte produktiv bearbeiten - und sind zu neuen Formen der Zusammenarbeit gekommen; in anderen wurde eine Grenze sichtbar, die systemgegeben erscheint. Versuchte ich zunächst, mich zu "arrangieren", das Gemeinsame zu betonen, so ist mir zunehmend das Akzeptieren solcher Grenzen wichtig geworden.

6. WIRKSAMWERDEN IM PSYCHIATRISCHEN SYSTEM

Die bisherige Bilanz zeigt den Standort des Psychoanalytikers im psychiatrischen System: meine Möglichkeiten und deutlich - meine Grenzen. In diesem Kontext berichte ich nun vom Versuch, im psychiatrischen System wirksam zu werden, meine - im Raum von Psychoanalyse/Psychiatrie gewonnenen - Erfahrungen zu multiplizieren und mit Mitarbeitern auszutauschen. Diese "Umfeld"-Arbeit erforderte die Hälfte meiner Zeit und oft den Großteil meiner Energie: ein System-Aspekt der klinischen Psychotherapie, der derzeit in Österreich erstaunlich weitgehend vernachlässigt wird, wie etwa das Projekt "Psychotherapeutische Versorgung in Österreich" (Jandl-Jäger 1984) in seiner Fragestellung zeigt. Unser Plan, die Auswirkung der Psychoanalyse/Psychotherapie auf das psychiatrische System durch eine soziologische Organisationsberatung zu erheben und - im action research - zu bearbeiten (vgl. Heim 1978), scheiterte leider aus Kostengründen.

6.1 Psychotherapie-Ambulanz - oder vom Arbeiten auf Widerruf Ich beginne mit der Frage: Wie kommt ein Patient bei uns zur Psychotherapie? und komme zur Psychotherapie-Ambulanz. Am Anfang kamen Patienten zur Psychotherapie eher *durch Zufall* - bzw. die schon erwähnten idealisierenden Anfangserwartungen von Mitarbeitern. Bei einem meiner ersten Patienten, einer Problem-Patientin von 17 Jahren, entschuldigte sich der Stationsarzt: man habe einschließlich Elektro-Schocks schon alles versucht; vielleicht wäre die Psychotherapie eine letzte Chance. Sie wurde es übrigens: Nach 3/4 Jahr stationärer Einzeltherapie und 2 Jahren ambulanter Gruppentherapie begann diese Patientin, eine Ausbildung als Krankenschwester zu absolvieren, und niemand konnte diesem blühenden Menschen ansehen, dass sie zwischen ihrem 15. und 17. Lebensjahr mehr ans Sterben als ans Leben dachte.

Die Arbeit mit *Erfahrung und Indikation*: Zu Beginn meiner Arbeit fiel mir auf, wie in der psychiatrischen Behandlung die Gruppe der adoleszenten und postadoleszenten Patienten häufig "daneben" zu stehen schien, wie die "schweren" psychiatrischen Diagnosen nicht recht "passen", wie man nicht recht wusste, was mit ihnen anzufangen sei. Ich arbeitete dann eine Zeit lang verstärkt mit Patienten dieser Altersgruppe, u.a. in einer Adoleszentengruppe 4 Jahre lang. Ich entdeckte, dass bei psychotisch wirkenden oder auch stark agierenden Patienten dieser Altersgruppe häufig eine schwere Identitätskrise vorlag und - mit Einbeziehung der Familie - oft angebar wurde (vgl. die kasuistische Skizze Kap. 4; dazu Paß 1983). Zunehmend arbeiteten wir auf einer "mittleren" Linie von zu schwerer und zu leichter Störung: zwischen psychotischen Patienten und

solchen, die für eine ambulante Therapie in Frage kommen. Für eine stationär (im Durchschnitt drei Monate, in Ausnahmefällen bis zu einem Jahr) beginnende und dann ambulant weitergeführte Psychotherapie erwiesen sich nach unseren Möglichkeiten als prognostisch günstig: Schwere neurotische Störungen; suizidale Patienten, Borderline-Störungen; die - schon genannten - schweren Identitätskrisen bei Adoleszenten; Patienten mit mehrfachen -ambulanten oder stationären - Therapieversuchen. Bei der letzten Gruppe ist nach meiner Erfahrung für einen ernsthaften stationären Therapieversuch die Motivation häufig größer und die Verdrängung/Verleugnung der psychischen Erkrankung eher angebar.

Ansatz zur Institutionalisierung: In den letzten eineinhalb Jahren kam es zur Einrichtung einer Psychotherapie-Ambulanz. Die wöchentlichen Mitarbeiter-Besprechungen ergaben eine Informationsbörse: Bei welchen Patienten stellt sich die Frage einer Psychotherapie? Welcher Therapeut kann einen Patienten übernehmen zu Abklärungsgesprächen?

Am Ende einer 2-3 wöchigen Abklärung steht die Therapieplanung mit der Entscheidung: Therapie beim abklärenden Psychotherapeuten oder Vermittlung im oder außerhalb vom psychiatrischen Krankenhaus. In Absprache mit dem Patienten wird der stationäre Aufenthalt festgelegt. Zunehmend konnte über die Psychotherapie-Ambulanz auch die Vermittlung von Patienten an Therapeuten außerhalb durchgeführt werden. Für die Kooperation mit Psychotherapeuten außerhalb der Psychiatrie erschien mir folgende Regel wichtig: Bei einer bereits ambulant laufenden Psychotherapie soll nicht eine weitere - stationäre - Therapie begonnen werden, vielmehr an den Therapeuten verwiesen werden. Wo Psychotherapien nach dem Modell der Medikation verlaufen - die man "ansetzen" und ebenso wieder "absetzen" kann -, war diese Regel natürlich nicht selbstverständlich.

Die Institutionalisierung der Psychotherapie-Ambulanz war bei meiner Anstellung geplant, stieß aber auf Hindernisse, was Räumlichkeiten, Mitarbeiter und auch die offizielle Anerkennung angeht. Ich sehe es als Zeichen für die Ambivalenz des traditionellen psychiatrischen Systems, die Psychoanalyse aus der Peripherie in eine zentrale Rolle drängen zu sehen.

In dem quasi-offiziellen, informellen Status erlebte ich die Psychoanalyse/Psychotherapie als Arbeit auf Widerruf, verbunden mit einem ständigen Druck, sich zu legitimieren. Eine solche Situation ist zeitlich nur begrenzt möglich, (vgl. Wirsching 1983)

Meine Situation als Psychoanalytiker im psychiatrischen System scheint mir die derzeitige Situation des nicht-medizinischen Psychotherapeuten in der Öffentlichkeit zu spiegeln: ein Wechselbad zwischen Idealisierung und Verleugnung.

6.2 Formen der Psychotherapie oder die verschiedenen Sprachen

In unserer Abteilung existierten folgende Therapieformen nebeneinander: psychoanalytische Therapie, Gruppen-, Paar-, Familientherapie; Autogenes Training, Verhaltenstherapie. Wir haben begonnen und gelernt, unsere Verschiedenartigkeit zu sehen wie verschiedene Sprachen, worin wir uns unterschiedlich ausdrücken im erlernten, therapeutischen Dialekt, wo die jeweils spezifische, therapeutische Ausbildung wirksam wird, wo wir uns aber treffen beim Primat der Interaktion, der therapeutischen Beziehung. Die verschiedenen Formen der Psychotherapie lassen interessante Versuche zu, die sonst eher wenig beachtet werden: etwa den Vergleich verschiedener Therapieformen (vgl. Kernberg 1981). So hat es mich überrascht, schwer pathologische Fälle, bei denen ich früher nur eine lange, psychoanalytische Einzeltherapie für angezeigt hielt, auf Beziehungskonflikte hin fokussieren zu können und Einzelgespräche dabei auszublenden. Dabei war es möglich, in 14-tägigen Paargesprächen eine Borderline-

Patientin, in einem ändern Fall eine stark agierende, schwer hysterische Patientin zu begleiten und zur sozialen Wiedereingliederung zu führen. Ein Patient, 55 Jahre alt und seit 20 Jahren auf Schwindel, Übelkeit, Medikamenten- und Arzt Wechsel fixiert, entwickelte zu seiner eigenen Überraschung die Motivation zur Paartherapie.

Die ambulante Gruppentherapie konnte einen wirksamen, therapeutischen Fokus bilden bei Patienten mit psychosomatischen Störungen, mit Hysterie, Phobie und Identitätskrisen. Gruppentherapie ließ sich - so unsere Erfahrung - kombinieren mit Einzel- bzw. Familiengesprächen bei verschiedenen Therapeuten. Umgekehrt zeigte sich: Ein Herzneurotiker, der eine Familien-, dann Gruppentherapie begann und wieder abbrach, konnte sich schließlich im klassischen, psychoanalytischen Setting stabilisieren.

Die verschiedenen Sprachen zeigten sich im unterschiedlichen "Dialekt" der verschiedenen Therapeuten, aber auch im ursprünglichen Dialekt unserer Patienten; diese gehörten schichtenmäßig überwiegend, der Unterschicht und der unteren Mittelschicht an, kamen aus dem ländlichen oder kleinstädtischen Bereich. Wir fanden die Erfahrungen von Cremerius/ Hoffmann/Trimborn (1979) bestätigt, dass die Zugehörigkeit zur Unterschicht nicht eine Psychoanalyse/Psychotherapie verhindert, lernten aber, wie wichtig es ist, soziolinguistische Aspekte zu beachten (Wodak 1981): Therapie als gemeinsame - oft mühsame - Sprachtindung von Patient und Psychotherapeut (Paß 1983c). Leider kann ich diesen Ansatz - in der Linie qualitativer Sozialforschung nicht quantitativ repräsentativ ausweiten.

6.3 Arbeits-, Beschäftigungs-, Musiktherapie oder die Ressourcen der Alltagserfahrung

In der Arbeits- (AT) und Beschäftigungstherapie (BT) verbringt der Großteil der Patienten den Großteil der Zeit. So kam mir die Frage: Ist es möglich, über die AT und BT ein therapeutisches Klima, eine "fördernde Umwelt" mit aufzubauen, um psychotherapeutische Erfahrungen zu multiplizieren? (vgl. Winnicott 1984; Kernberg 1981)

Wir, ein ärztlicher Kollege und ich, begannen wöchentliche Teamsitzungen mit den Therapeutinnen und Therapeuten von AT/BT mit einer ziemlich negativen Team-Prognose; eine Mischung von Generationen und Motivationen: in der AT "gestandene" Männer, z. T. ehemalige Handwerksmeister, in der BT meist junge Frauen mit BT-Schulung; hier Interesse, dort Skepsis gegenüber einem Psychotherapeuten und der Gruppenarbeit. Ein konflikthafte Ende schien vorprogrammiert. Nach vier Jahren existierte diese Fortbildung noch immer, bereichert um die Musiktherapie - eine für die Teilnehmer selbst erstaunliche Entwicklung. In unserer Bilanz am Ende hieß es in den Feedbacks: "ich lernte im Lauf dieser Fortbildung, mich im Umgang mit den Patienten auf meine Gefühle und Erfahrungen zu verlassen." "Ich lernte, dass auch Autoritäten mit Dokortitel nicht immer sicher sind." - "Wir lernten, aufeinander zu hören."

Folgende Didaktik hat sich in dieser Arbeit bewährt: Ausgehend von konkreten Fallbeispielen wurden aus dem eigenen Erfahrungsbereich Möglichkeiten des therapeutischen Handelns gesucht, z. T. durch Rollenspiele eingeübt, in Arbeitspapieren festgehalten und mithilfe der psychoanalytischen Theorie reflektiert: eine gemeinsame "Alphabetisierung" der eigenen Erfahrung. Für mich geschah hier am erstaunlichsten eine Wende meiner Perspektive: Aus dem Sich-Multiplizieren-Wollen, wie mir mein psychoanalytischer Narzissmus zu Anfang eingab, wurde ein wechselseitiger Austausch; ich lernte die Kompetenz der Alltagserfahrung und die Ressourcen des "Laienwissens" kennen - und somit schätzen, was die therapeutische Sozialisierung z. Z. verschüttet und weitgehend verleugnet; ich lernte, eine therapeutische

Hermeneutik "von unten" zu erarbeiten, die sich in der Arbeit - auch mit Psychotikern - erstaunlich bewährte (zur Idee von Alltags- und Laienwissen vgl. Sprondel/Grathoff 1979; Paß 1983b; 1983c).

6.4 Ärzte-Fortbildung - oder Versuche zum angstfreien Dialog Die Geschichte der Ärzte-Fortbildung, gemeinsam mit Psychologen und Sozialarbeitern unserer Abteilung, spiegelt für meine Begriffe stark die Entwicklung während meiner 5-jährigen Tätigkeit im psychiatrischen System. Begonnen hatte diese Fortbildung als theoretische und praktische Einführung in die Gruppenarbeit; das Ergebnis: auf vier Stationen wurden Stationsgruppen aufgebaut, die am Ende meiner Tätigkeit noch alle existierten. Ein weiteres Ergebnis: Statt der Ärzte waren es später überwiegend Schwestern und Pfleger, die an den Fortbildungsseminaren teilnahmen. Die Anfangsidealisierungen und der Anfangsschwung meiner ärztlichen Kollegen schien gegenüber der Psychotherapie enttäuscht bzw. verebbt; wir suchten nach einer neuen Arbeitsbasis und kamen schließlich zu folgender Form, die sich stabilisierte: Gemeinsam mit einem ehemaligen Kollegen, einem psychiatrischen Facharzt, der von außen kam, führte ich das wöchentliche Seminar, alternierend zwischen Psychopathologie und Psychotherapie-Kasuistik; dabei kam es *zu* einem produktiven Austausch der verschiedenen Denkweisen (vgl. Kap. 5) mit dem erkenntnisleitenden Interesse: Wie können Psychiater und Psychotherapeut voneinander lernen, wo lassen sich die Sichtweisen integrieren? -- Wo ist es andererseits wichtig, dass die psychiatrische Diagnostik/Intervention und die psychotherapeutische Diagnostik/Intervention als zwei verschiedene Pole abgegrenzt bleiben?

Bei meinem Abschied wurde die Fortsetzung dieses Seminars wie auch die Besetzung der Psychotherapeuten-Stelle wieder mit einem Psychoanalytiker - ausdrücklich von meinen Kolleginnen und Kollegen gewünscht. Offenbar haben wir ein Modell gefunden, das für beide Seiten, Psychiater und Psychotherapeuten, genügend partnerschaftlich und angst-reduzierend war.

Ein weiteres Fortbildungsseminar, eine Supervision für Psychotherapeuten, nach dem Muster einer psychoanalytischen Kontrollgruppe, hatte eine wechselvolle Geschichte von Phasen guter Arbeit und von Konflikten. Als Versuch, verschiedene Psychotherapie-Richtungen, wie auch Psychotherapeuten von außerhalb der Psychiatrie, ins Gespräch zu bringen, halte ich es für bemerkenswert; wahrscheinlich haben wir uns zu viel vorgenommen bei der geringen Stabilität des Psychotherapeuten im psychiatrischen System (vgl. Kap. 6.1).

7. LERNEN IM PSYCHIATRISCHEN FELD - ODER VOM GOLD DER ANALYSE ZUM LEGIEREN MIT KUPFER

Wie schon erwähnt, kam es zum Wechsel meiner eigenen Perspektive. Aus dem Bewusstsein, "das reine Gold der Analyse" zu horten und in der "Anwendung" der Psychoanalyse mit dem -minderen "Kupfer" zu "legieren" (vgl. Freud GW XII, S. 193), in Modifikationen der psychoanalytischen Technik (vgl. Paß 1983a) und in Multiplikation meiner psychotherapeutischen Erfahrung, kam es für mich zur Erfahrung von Austausch und Interaktion; gewusst habe ich dies schon zu Anfang meiner Tätigkeit (vgl. Paß 1981); gelernt habe ich es erst in den fünf Jahren meiner Arbeit.

7.1 Alltagskommunikation und Laienwissen

Wichtig ist mir neben der therapeutischen die Alltagskommunikation geworden. Anfangs war es eine Überlebensstrategie für mich und meine Frau, nicht ständig außerhalb der Psychiatrie privat noch weiter

zu arbeiten mit System- und Psychoanalyse. Allmählich lernte ich, die Freiheit vom therapeutischen Jargon zu schätzen, als Psychoanalytiker "auch Mensch" zu sein ohne ständiges Hinterfragen und dauernde Kopflastigkeit. Im gleichen Maß konnte ich im Umgang mit den Patienten "menschlicher" werden, ihre verrückten Einfälle, ihre kühne Sprache genießen, mich faszinieren wie erschrecken lassen, wieder neugierig werden für Sinn und Unsinn, ohne den ständigen Raster "pathologisch - normal" einzuschalten. Ich lernte Morgenthalers Postulat schätzen: "jedem Analysanden (zu) begegnen als einem Partner, der (...) so gesund wie möglich und nicht so krank wie möglich ist." (Morgenthaler 1978, S. 22)

Beim Symposium "Psychoanalyse und Sprache" (Innsbruck 1983) habe ich die Rückwirkungen davon auf die Psychoanalyse reflektiert: Die Alltagskommunikation ist und bleibt die Basis für den psychoanalytischen Dialog (Paß 1983c). Eine Patientin spiegelte mir dies drei Jahre nach unserem Erstkontakt zum Abschluss ihrer Therapie: "Beim ersten Gespräch mit Ihnen ist mir aufgefallen, dass Sie nicht mitschreiben, sondern einfach zuhören." Sehr prägnant erfasst sie das Kommunikationsdefizit im psychiatrischen System: "Statt mit dem Patienten, wird über ihn geredet." Prägnanter kann man das Programm heutiger Psychiatrie-Kritik kaum fassen. So fordert David Cooper eine "Epistemologie der Straße", "eine innere Analyse in der Alltagspraxis"; Es geht darum, statt den Menschen eine fertige Wissenschaft überzustülpen, "die Orte des täglichen Lebens" aufzusuchen, aus den "Formen von Wissen in den Bevölkerungen" "eine neue Wissenschaft (zu) machen", "eine gemeinsame Sprache zu finden, die sowohl an der Basis als auch von den Sozialwissenschaftlern verstanden wird"; am Ende gilt als Therapie "eine sehr einfache Sache": "dass ich nicht eine medizinische Diagnose gestellt oder ein medizinisches Dossier angelegt habe, sondern dass ich mir die Geschichten von Menschen angehört habe" (Cooper 1982). Neben dem Modell einer "Anwendung" der Psychoanalyse gibt es das Modell ihrer Entdeckung. Dazu bemerkt Georges Devereux (1967):

Warum musste dann die Entdeckung des Ödipuskomplexes als wissenschaftliche Einsicht auf sich warten lassen, bis Freuds Patienten ihm (dem Inhalt nach) erzählten, dass es ihn gebe? Die Antwort ist so kurz wie deprimierend. Viele Jahrhunderte haben Patienten versucht, ihren Therapeuten die gleichen Dinge zu erzählen, aber diese weigerten sich einfach zuzuhören (Hervorheb. vom Verf.). (...) Es gibt überdies keinen Zweifel, dass die meisten von uns - wie Freud - die Psychoanalyse hauptsächlich von den Patienten lernen (Hervorheb. vom Verf.). (Devereux 1967, S. 152)

Danach geht es also nicht nur um das Legieren des psychoanalytischen Goldes, sondern um das Auffinden von Schätzen in der Alltagserfahrung, um Zuhören und Lernen in der Alltagskommunikation.

Was Alltagserfahrung und "Laienwissen" für eine therapeutische Hermeneutik "von unten" leisten können, soll in einer späteren, empirisch angelegten Arbeit ausgeführt werden (vgl. Paß 1983b). Es könnte sich dabei eine Ortung der Psychotherapie in einem Rahmenkonzept des psychosozialen Feldes ergeben. "Laien"- und "Expertenwissen" stehen darin in einem Austausch.

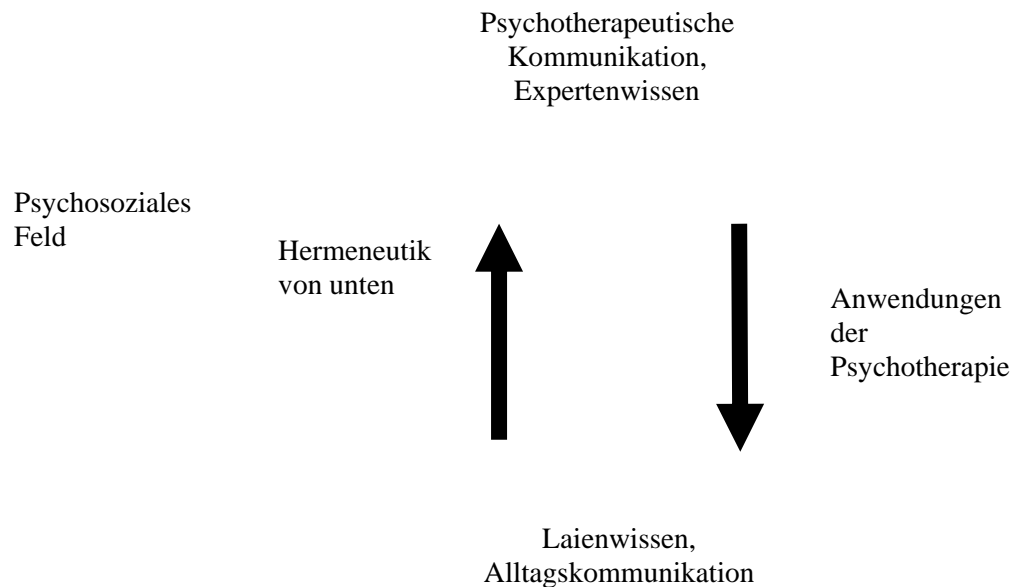
Die therapeutische Kommunikation bleibt auf die Alltagskommunikation bezogen und "lernt" von ihr; im psychosozialen Feld zeigen sich dabei mannigfache Übergänge von der Psychotherapie und ihren "Anwendungen" zur Alltagskommunikation: von den Formen des "therapeutischen" Gespräches bis zum alltäglichen Miteinander-Reden und -Leben, wie es etwa die Modelle der "offenen Psychiatrie" ausweisen (vgl. Dörner 1984? Oehler 1985; Mayr 1985), wo in einer 3. Phase der Psychiatrie-Reform der Abschied vom Versorgungsdenken erfolgt und wo man "das soziale Netzwerk des Patienten wirklich ernst nimmt" (Heinz Katschnig, zit. nach Oehler 1985).

Wie die derzeitige Diskussion um ein Psychotherapiegesetz in Österreich zeigt, ist allerdings - statt einer therapeutischen Hermeneutik "von unten" eher eine weitere Professionalisierung und eine Abspaltung des Erfahrungs- und "Laienwissens" und damit eine therapeutische Hermeneutik "nach

rückwärts" zu erwarten.

Skizze:

Rahmenkonzept "Psychosoziales Feld"



7.2 Der "fremde Blick" und die "Exotik des Alltags"

Begonnen hatte ich, wie eingangs erwähnt, meine Tätigkeit in der Psychiatrie mit dem Eindruck, wie ein Ethnologe in ein fremdes Gebiet zu geraten. Gegenüber der Erwartung, "einzugehen" in das psychiatrische System, erwuchs meine Abgrenzung. Zunächst verhalf mir die psychoanalytische Abstinenz, auf Abgrenzung zu achten; zunehmend wurde mir wichtig, mich in meinen Beziehungen und Interessen nicht total vereinnahmen zu lassen, um nicht "selbst einzugehen"; ich war froh, nur eine Teilanstellung - von 24 Stunden pro Woche - zu haben und nebenher das "Spielbein" einer freien Praxis. Schließlich wurde es für mich ein wichtiger Entschluss, meine Tätigkeit in der Psychiatrie zeitlich zu begrenzen. Die eigene "Begrenzung", der Verzicht auf das "overplay", bedeutete Trauerarbeit, aber auch die Eröffnung von Freiraum und Unabhängigkeit im psychiatrischen System. Zunehmend fesselten mich Ethno-Psychoanalyse und Ethno-Psychiatrie als Möglichkeiten, die eigene sowohl psychoanalytische wie die psychiatrische - Diagnostik zu relativieren, die "gesellschaftliche Produktion" von "normal und anormal" im interkulturellen Vergleich zu erfassen (vgl. Devereux 1982; weiters Erdheim 1982), in der Begegnung mit der Exotik fremder Ethnien der eigenen "Exotik des Alltags" (so Kracauer 1930, zit. nach Erdheim 1982, S. 37) auf die Spur zu kommen, die Ethnologie als hermeneutisches Instrument der Psychiatrie zu sehen (vgl. Parin 1978; 1981; Erdheim 1981).

Trotz zeitweiliger Verwicklung in "mein System", die Psychiatrie, half mir der "fremde Blick" ein Ausdruck, den ich einer mündlichen Mitteilung von Goldy Parin-Matthey verdanke zur Mischung

von Nähe und Distanz, von Austausch und Abgrenzung. Diese Arbeitseinstellung des Ethnologen/Ethnoanalytikers im fremden Forschungsfeld, die Verfremdung des Vertrauten durch Distanz, ist im eigenen Arbeitsfeld schwer durchzuhalten (vgl. Parin 1982, S. 38), und ist zugleich für den Psychoanalytiker das wichtigste Arbeitsinstrument und "die höchste Kunst" (Parin/Parin-Matthey/Morgenthaler 1982, S. 38). Hier verdanke ich viel meiner Frau und meinen Psychoanalytiker-Kollegen. Am Ende wird es mir als Grundzug psychoanalytischer Identität bewusst und es erfüllt mich ein Gefühl von Dank für eine solche gesellschaftskritische "Kultur" der österreichischen Arbeitskreise, als ein Vermächtnis ihres Gründers I. A. Caruso -, wenn ich bei Mario Erdheim lese, "dass Freuds wahre Bedeutung im Widerstand liegt (...) und dass seine Wahrhaftigkeit durch den Abstand möglich ist, den er zu allen Sprachen der Herrschaft und Verfügbarkeit bewahrte" (Erdheim 1982, S. 38).

7.3 "Die Donau voller Narrenschiffe"

Die Beziehung von Psychoanalytiker und Psychiatrie bestimmte ich eingangs als eine Beziehung des "overplay", von Allmachtsphantasien und Kränkungen. Meine Erfahrung spiegelt dies als Bewusstwerden eigener Grenzen; Begrenzung und Trauerarbeit machten neue Erfahrungen möglich.

Am Ende lass ich meinen Bericht münden in die Erzählung eines Tagtraumes: Es war ein strahlender Augustnachmittag - und mein letzter Arbeitstag in der Psychiatrie, wo mich plötzlich dieser Tagtraum überkommt. Ich hatte gerade Umberto Ecos Bestseller "Der Name der Rose" gelesen, wo von der geschlossenen Kultur einer Cluniazenser-Abtei im 14. Jahrhundert in Oberitalien, voller Gelehrsamkeit, Leidenschaft und Mord - voller Paranoia und ihrer Bewältigungsversuche am Ende nur mehr Ruinen übrig bleiben.

An meinem Abschiedstag nun überkam mich angesichts der Psychiatrie die Phantasie: Wie wäre es, wenn es dies alles eines Tages nicht mehr gäbe? Unschwer erkennen Sie in meinem Tagtraum einen lustvollen Untergangswunsch analog zu Umberto Eco, der zu seinem Roman später erklärt, er habe immer schon einen Mönch vergiften wollen. Ecos Vergiftungswunsch ist offenbar kreativ geworden; damit ich meinen Tagtraum befreie, erzählte ich Ihnen diese Geschichte von Psychoanalyse und Psychiatrie - und ende mit einer Österreich-Allegorie a la Eco. Der Chronist in seinem Roman, inzwischen in Melk weilend und älter geworden, reflektiert das Vergangene: "mich dünkt zuweilen, die Donau sei voller Narrenschiffe auf der Fahrt in ein dunkles Land" (Eco 1983, S. 634). Eco nimmt damit einen Topos der Renaissance-Literatur und -Kunst auf: das "Narrenschiff"; nach Michel Foucault ist es ein historischer Vorläufer des "Narrenhauses" - und zugleich literarische Metapher für eine ursprüngliche Erfahrung des Menschen: Ohne Unterschied lädt der Wahnsinn alle Menschen auf sein närrisches Schiff und lässt sie eine gemeinsame Odyssee erleben (vgl. Foucault 1973, S. 32). Wenn ich für mich die Psychiatrie "untergehen" lasse, kann aus dem "Haus voller Irrsinn" - so nannte einmal eine Kollegin "unsere" Psychiatrie das Irresein befreit werden, die Ausgrenzung und Verleugnung des eigenen Irreseins könnte aufgehoben werden (vgl. Mannoni 1983): Die Welt wäre wieder voller Narren so wie "die Donau voller Narrenschiffe" - ein Tagtraum zur Psychiatrie, der ich diese "Odyssee" verdanke.

LITERATUR:

- Beese, F. (Hg.) 1978): Stationäre Psychotherapie, Göttingen.
- Bürgin, D. (1980): Spätadoleszenz und Autonomie, in: Psyche 23, S. 449 - 463.
- Cooper, D. (1982): Von der Anti-Psychiatrie zum Projekt Giugliano, in: Heinrichs, H. J. (1982): Das Fremde verstehen, Frankfurt/M./Paris, S. 97 - 110.
- Cremerius, J./Hoffmann, S. O./Trimborn, W. (1979): Psychoanalyse, Überich und soziale Schicht, München.
- Danckwardt, J. F. (1978): Zur Interaktion von Psychotherapie und Psycho-pharmakotherapie, in: Psyche 32, S. 111 - 154.
- Danckwardt, J. F. (1979): Anmerkung zur Indikation und Kontraindikation für die gleichzeitige Anwendung von psychoanalytischer Psychotherapie und Psychopharmakotherapie, in: Psyche 33, S. 528 - 544.
- Danzinger, R./Lyon, G./Pieringer, W. (1982): Psychoanalyse und Institution, Wien.
- Devereux, G. (1967): Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften, München.
- Devereux, G. (1982): Normal und anormal, Aufsätze zur allgemeinen Ethno-psychiatrie, Frankfurt/M.
- Dörner, K. (Hg.) (1984): Die Unheilbaren: Was machen Langzeitpatienten mit uns - und was machen wir mit ihnen? Rehburg-Loccum.
- Eco, U. (1983): Der Name der Rose, München/Wien.
- Erdheim, M. (1981): Die Wissenschaft, das Irrationale und die Aggression, in: Duerr, H. P. (Hg.) (1981): Der Wissenschaftler und das Irrationale, Frankfurt/M., S. 505 - 517.
- Erdheim, M. (1982): Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit, Eine Einführung in den ethnopsychanalytischen Prozeß, Frankfurt/M.
- Foucault, M. (1973): Wahnsinn und Gesellschaft, Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft, Frankfurt/M.
- Foudraine, J. (1979): Wer ist aus Holz? Neue Wege der Psychiatrie, München.
- Freud, S. (1917 - 1920): Wege der psychoanalytischen Therapie, GW XII, S. 181 - 194.
- Geigenmüller, H. (1984): Das therapeutische Milieu Littenheid, Psychiatrische Klinik Littenheid.
- Heim, E. (1978): Aufbauschritte der therapeutischen Gemeinschaft in der psychiatrischen Klinik, in: Psychiatrische Praxis 5, S. 14 - 24.
- Hilpert, H./Schwarz, R./Beese, F. (1981): Psychotherapie in der Klinik, Von der therapeutischen Gemeinschaft zur stationären Psychotherapie, Göttingen.
- Jandl-Jager, E. (1984): Projekt "Psychotherapeutische Versorgung in Österreich", Wien.

- Kernberg, O. F. (1981): Für eine integrative Theorie der Klinikbehandlung, in: Kernberg, O. F. (1981): Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse, Stuttgart, S. 256 - 297.
- Mayr, A. (1985): Irr in Italien, Wie sieht die neue Psychiatrie aus? in: Profil 16. Jg., Nr. 43 (21. Oktober 1985). S. 59 - 64.
- Mannoni, M. (1983): Der Psychiater, sein Patient und die Psychoanalyse, Frankfurt/M.
- Morgenthaler, F. (1981): Technik, Zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis, Frankfurt/M.
- Oehler, R. (1985): Irre menschlich (BRD-Modellprogramm Psychiatrie), in: Die Zeit, Nr. 45 (1.11.1985), S. 41 - 44.
- Parin, P. (1976): Ethnologie und Psychiatrie, in: Parin P. (1983): Widerspruch im Subjekt, Ethnopsychanalytische Studien, Frankfurt/M., S. 233 - 250.
- Parin P. (1981): Irrationales in der Wissenschaft: lebenslänglich, in: Duerr, H. P. (Hg.) (1981): Der Wissenschaftler und das Irrationale, Frankfurt/M., S. 518 - 529.
- Parin, P./Parin-Matthey, G./Morgenthaler, F. (1982): Unsere Vorstellungen von normal und anormal sind nicht auf andere Kulturen übertragbar, in: Heinrichs, H. J. (1982): Das Fremde verstehen, Frankfurt/M./Paris, S. 33 - 50.
- Paß, P. F. (1983a): Die psychoanalytische Adoleszententherapie und ihre Parameter im psychiatrischen System, in: Larcher, R. (Hg.): Psychoanalyse heute, Revision oder Re-vision Freuds? Wien, S. 119 - 126.
- Paß, P. F. (1983b): Psychische Störungen und Sprachverhalten. Ref. beim 7. Weltkongreß für Psychiatrie, Wien (erscheint als Teil des Projektes "Psychosoziale Versorgung" - Feldforschung in Tirol).
- Paß, P. F. (1983c): Alltagskommunikation und psychoanalytischer Dialog, in: texte 3, H. 3/4, S. 258 - 284.
- Paß, P. F./Zeillinger, G. F. (1981): Psychoanalytiker Ausfallsymptome Psychosoziale Versorgung, in: texte 1, H. 1,5. 2 - 22.
- Fohlen, M. (1972): Gruppenanalyse in einem neuen klinischen Organisationsmodell, in: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 6, S. 16 - 29.
- Sprandel, W. M./Grathoff, R. (1979): Alfred Schütz und die Idee des Alltags in den Sozialwissenschaften, Stuttgart.
- Thomä, H. (1977): Identität und Selbstverständnis des Psychoanalytikers, in: Psyche 31, S. 1 - 42.
- Winnicott, D. W. (1984): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt, Frankfurt/M.
- Wirsching, M. (1983): Psychosomatische Konsiliararbeit, in: Familiendynamik 8, H. 1, S. 3 - 16.
- Wodak, R. (1981): Das Wort in der Gruppe. Linguistische Studien zur therapeutischen Kommunikation, Wien.